

重要事項説明書

当事業所は、介護保険の指定を受けています。
(三原市指定 第3490900085号)

当事業所は、利用者に対して指定小規模多機能型居宅介護サービス・介護予防小規模多機能型居宅介護計画を提供します。
事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上のご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けられていない方でもサービスの利用は可能です。

◆◆目次◆◆

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	2
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の配置状況	3
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6. 秘密の保持と個人情報保護	7
7. サービス提供に関する相談・苦情の受付について	8
8. 相談・苦情解決の手順	8
9. 運営推進会議の設置	9
10. 協力医療機関、バックアップ施設	9
11. 非常火災時の対応	9
12. サービス利用にあたっての留意事項	10

1. 事業者

- | | |
|-----------|-----------------|
| (1) 法人名 | 医療法人 仁康会 |
| (2) 法人所在地 | 広島県三原市小泉町 4245 |
| (3) 電話番号 | 0848-66-3355 |
| (4) 設立年月日 | 平成 21 年 3 月 1 日 |

2. 事業所の概要

(1) 事業所の種類 小規模多機能型居宅介護 介護予防小規模多機能型居宅介護
2009年3月1日指定 三原市3490900085号

(2) 事業所の目的

住み慣れた地域で生活するために、介護保険法令に従い、利用者が自宅で可能な限り暮らし続けられるような生活の支援を目的として、通いサービス、訪問サービス、宿泊サービスを柔軟に組み合わせてサービスを提供します。

(3) 事業所の名称 医療法人 仁康会 クレメンティア さくら

(4) 事業所の所在地 広島県三原市下北方一丁目7番29号

(5) 電話番号 0848-85-0553

(6) 管理者氏名 菅原理恵

(7) 当事業所の運営方針

利用者一人ひとりの人権を尊重し、住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより、地域での暮らしを支援します。

(8) 開設年月日 2009年3月1日

(9) 登録定員 25名（通いサービス定員15人、宿泊サービス定員8人）

(10) 居室等の概要 当事業所では、以下の居室・設備をご用意しています

居室・設備の種類	室数	備考
個室	9室	和室3室、洋室6室
居間	1室	
食堂	1室	
台所	1室	
浴室	1室	
消防設備		
その他		

※上記は、厚生労働省が定める基準により、(介護予防)指定小規模多機能型居宅介護に必置が義務付けられている施設・設備です。

3. 事業実施

(1) 通常の事業の実施地域 三原市（主に西部地区）

※上記以外の地域の方は原則として当事業所のサービスを利用できません。

(2) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
通いサービス	日～土曜 10時～16時
訪問サービス	24時間
宿泊サービス	日～土曜 17時～8時

※受付・相談については、通いサービスの営業時間と同様です。

4. 職員の配置状況

当事業所では、利用者に対して指定小規模多機能型居宅介護サービス・指定介護予防小規模多機能型居宅介護を提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置の状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

従業者の職種	人数	職務の内容
1. 管理者	1 人	事業内容調整
2. 介護支援専門員	1 人	サービスの調整・相談業務
3. 介護職員	10 人以上	日常生活の介護・相談業務
4. 看護職員	1 人	健康チェック等の医務業務

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤務体制
1. 管理者	勤務時間：8時30分から17時30分を基本とするシフト制
2. 介護支援専門員	勤務時間：8時30分から17時30分を基本とするシフト制
3. 介護職員	主な勤務時間：8時30分から17時30分を基本とするシフト制 夜間の勤務時間：17時から9時 その他、利用者の状況に対応した勤務時間を設定します。
4. 看護職員	勤務時間：8時30分から16時30分を基本とするシフト制

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、以下の2つの場合があります。

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合（介護保険の給付対象となるサービス）
 - (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合（介護保険の給付とならないサービス）
- (1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）
- 以下のサービスについては、利用料金の9割～7割が介護保険から支給され、利用者の自己負担は費用全体の1割～3割の金額となります。ア～ウのサービスを具体的にそれぞれどのような頻度、内容で行うかについては、ご契約者と協議の上、(介護予防)小規模多機能型居宅介護計画に定めます。

<サービスの概要>

ア 通いサービス

事業所のサービス拠点において、食事や入浴、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を行います。

① 食事

- ・ 食事の提供及び食事の見守り及び介助を行います。
- ・ 調理場で利用者が調理することができます。
- ・ 食事サービスの利用は任意です。

② 入浴

- ・ 入浴または清拭を行います。
- ・ 衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身の介助を行います。
- ・ 入浴サービスの利用は任意です。

③ 排せつ

- ・ 利用者の状況に応じて適切な排せつの介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。

④ 機能訓練

- ・ 利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能低下を防止するよう努めます。

⑤ 健康チェック

- ・ 血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。

⑥ 送迎サービス

- ・ 利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

イ訪問サービス

- ・利用者宅の自宅にお伺いし、食事や入浴、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。
- ・訪問サービス実施のための必要な備品等（水道・ガス・電気含む）は無償で使用させていただきます。
- ・訪問サービスの提供にあたって、次に該当する行為はいたしません。
 - ①医療行為
 - ②利用者もしくはその家族等からの金銭または高価な物品の授受
 - ③飲酒及び利用者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙
 - ④利用者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
 - ⑤その他契約者もしくはその家族が行う迷惑行為

ウ宿泊サービス

- ・事業所に宿泊していただき、食事、入浴、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。

＜サービス利用料金＞（契約書第5条参照）

- ・別紙1参照とする。尚、サービス利用料金の変更あれば、更新させていただきます。

（2）利用料金のお支払方法（契約書第5条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1ヵ月ごとに計算し、次のいずれかの方法により翌月末日までにお支払いください。

- ①事業所での現金支払い
- ②指定口座への振込み
- ③各種金融機関での自動引落とし

（3）利用の中止、変更、追加（契約書第6条参照）

☆（介護予防）小規模多機能型居宅介護サービスは、（介護予防）小規模多機能型居宅介護計画に定められた内容を基本としつつ、契約者の日々の状態、希望等を勘案し、適時適切に通いサービス、訪問サービスまたは宿泊サービスを組み合わせて介護を提供するものです。

☆利用予定日の前に、ご契約者の都合により、（介護予防）小規模多機能型居宅介護サービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。

この場合には原則としてサービスの実施日の前日までに事業者申し出てください。

☆5.（1）の介護保険の対象となるサービスについては、利用料金は1ヶ月ごとの包括費用（定額）のため、サービスの利用回数を変更された場合も1ヶ月の利用料は変更されません。ただし、5.（2）の介護保険の対象外のサービスについては、利用予定日の前日までの申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、お食事の準備にかかわる料金をお支払いいただく場合があります。ただし利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

☆サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する日時にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

（4）（介護予防）小規模多機能型居宅介護計画について

（介護予防）小規模多機能型居宅介護サービスは、利用者一人ひとりの人格を尊重し、住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより、地域での暮らしを支援するものです。

事業者は、利用者の状況に合わせて適切にサービスを提供するため、利用者と協議の上で（介護予防）小規模多機能型居宅介護計画を定め、またその実施状況を評価します。計画の内容及び評価結果等は書面に記載して利用者に説明の上交付します。

(5) サービス提供の記録

提供したサービスについては、その都度「サービス提供記録」に記録し、その控えを利用者に交付します。また、この記録は2年間保存することとします。

6. 秘密の保持と個人情報の保護について

(1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

事業者及び職員は、サービス提供をする上で知り得た利用者及び家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。

(2) 個人情報の使用・提供に関する注意事項について

事業者は、前項の規定にかかわらず、利用者及び家族の個人情報を以下のために、必要最小限の範囲内で使用・提供、または収集します。

- 利用者に関わる(介護予防)居宅サービス計画及び(介護予防)小規模多機能型居宅介護計画の立案や円滑なサービス提供のために実施されるサービス担当者会議での情報提供。
- 介護支援専門員とサービス事業所との連絡調整
- 利用者が医療サービスの利用を希望している場合及び主治医の意見を求める必要がある場合。
- 利用者の容態の変化にともない、緊急連絡を必要とする場合。

(3) 個人情報に関する情報共有に必要な書類例は以下のとおりです。

必要書類例	
①介護保険被保険者証	⑥減額認定証
②アセスメント書類	⑦サービス提供記録
③居宅サービス計画書	⑧身体障害者手帳
④小規模多機能型居宅介護計画書	⑨診断書
⑤経過報告書	
⑥主治医の意見書	

※ 個人情報の使用及び提供期間は、サービス提供の契約期間に準じます。

7. サービス提供に関する相談・苦情の受付について（契約書第18条参照）

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口（担当者） 管理者 菅原理恵
- 受付時間 8：30～17：30

(2) 行政機関その他苦情受付機関

【市町村の窓口】 三原市高齢者福祉課 介護保険係	所在地 三原市港町三丁目5番1号 電話番号 0848-67-6240 F A X 0848-64-2130
---------------------------------------	---

【公的団体の窓口】 広島県国民健康保険団体連 合会	所在地 広島市中区東白島町19番49号 電話番号 082-554-0783 F A X 082-511-9126
--	--

8. 相談・苦情解決の体制及び手順

苦情又は相談があった場合には、利用者の状況を詳細に把握するよう必要に応じ、状況の聞き取りのための訪問を実施し、事情の確認を行い、苦情に関する問題点を把握した上で検討を行い、再発防止の対策を決めていきます。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。

9. 運営推進会議の設置

当事業所では、(介護予防)小規模多機能型居宅介護の提供にあたり、サービスの提供状況

について定期的に報告するとともに、その内容についての評価、要望、助言を受けるため、下記のとおり運営推進会議を設置しています。

<運営推進会議>

構成：利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、地域包括支援センター職員、(介護予防)小規模多機能型居宅介護について知見を有する者等

開催：隔月で開催。

議事録：運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。

10. 協力医療機関、バックアップ施設

当事業所では、利用者の主治医との連携を基本としつつ、病状の急変等に備えて以下を協力医療機関・施設として連携体制を整備しています。

<協力医療機関・施設>

医療法人 仁康会 本郷中央病院
小早川歯科

11. 非常火災時の対応

避難訓練を年2回開催実施します。

契約者も参加して行います。

<消防用設備>

・自動火災報知器、消火器等消防法による設備を設置しています。

12. サービス利用にあたっての留意事項

○サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。

○事業所内の設備や機器は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。

○他の利用者の迷惑となる行為はご遠慮ください。

○所持金品は、自己の責任で管理してください。

○事業所内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

年 月 日

指定小規模多機能型居宅介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 所在地 三原市下北方1丁目7番29号

法人名 医療法人 仁康会 クメンティアさくら

説明者氏名 菅原 理恵 印

上記内容の説明を事業者から受け、小規模多機能型居宅介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人 住所 _____

氏名 _____ (続柄: _____) 印